

**JULIANA STEVANATO**

**OS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS RELACIONADOS À PRÁTICA DO  
ESPORTE ADAPTADO**

Monografia apresentada como requisito parcial  
para conclusão do Curso de Bacharel em  
Educação Física, do Departamento de  
Educação Física, Setor de Ciências Biológicas,  
da Universidade Federal do Paraná.



**CURITIBA**

**2006**



**JULIANA STEVANATO**

**OS ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS RELACIONADOS À PRÁTICA DO  
ESPORTE ADAPTADO**

**Monografia apresentada como requisito parcial  
para conclusão do Curso de Bacharel em  
Educação Física, do Departamento de  
Educação Física, Setor de Ciências Biológicas,  
da Universidade Federal do Paraná.**

**ORIENTADOR: IVERSON LADEWIG, PhD**

Para minha sobrinha Camila.  
Obrigada, por ter enchido a minha vida de alegria.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a Deus que é fiel, justo e onipotente, que me capacitou para realizar este trabalho e me deu forças nos momentos em que inevitavelmente muitos de nós temos vontade de desistir. Agradeço a Ele por me confiar aos cuidados dos meus pais Isaura e Dionísio que sempre foram para mim motivo de orgulho. Obrigada por vocês me ensinarem a lutar pelos meus sonhos. Ah, valeu papito por me emprestar o carro durante esses longos 4 anos.

Agradeço aos meus irmãos Vanderlei e Alexandre por todo o carinho e por todos os momentos incríveis que passei ao lado deles, um agradecimento especial às minhas cunhadas Roseli e Luíza que se casaram com eles, deixando o papai, a mamãe e a casa só pra mim!

Um agradecimento muito especial ao Professor Iverson, por toda a sinceridade e todo o apoio no processo de construção deste trabalho, agradeço até mesmo pelos puxões de orelha, sem eles, eu talvez ainda estaria insistindo nos mesmos erros.

Ao meu coordenador Darlan Jr. obrigada pelo incentivo e pela paciência e também por ter me oportunizado conhecer um trabalho tão gratificante como o treinamento desportivo para atletas com deficiência.

Claro que não poderia de deixar de agradecer as minhas amigas Cris, Karin, Elis, Elisa e Vanessa por todo o apoio, por todos os momentos maravilhosos e pela honra de poder chamá-las de amigas.

A minha grande amiga Jenifer, que para mim é mais do que uma amiga é uma irmã que Deus me deu a oportunidade de cultivar, obrigada pela paciência durante todo esse tempo em que estive profundamente concentrada em terminar esse trabalho e por todo o apoio no decorrer do curso, não poderia deixar de agradecer por todas as noites em claro, todos os domingos perdidos, pelas festas que eu não fui, pelos dias em que fiquei segurando vela, enquanto você e o Júnior revisavam o meu trabalho e também quero pedir perdão pelos momentos em que eu estive ausente.

Um agradecimento a todas as pessoas que hoje, por algum motivo não fazem mais parte da minha vida, mas que estarão sempre no meu coração e nas minhas lembranças.

“O essencial é invisível aos olhos”  
Antonie de Saint Exupéry

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	VI
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	01
1.1 JUSTIFICATIVA.....	03
1.2 OBJETIVO.....	03
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	04
2.1 HISTÓRIA DO DESPORTO ADAPTADO.....	04
2.2 AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	07
2.2.1 Pessoas com deficiência: como devemos chamá-las.....	07
2.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	09
2.3.1 Tipos de deficiência encontrados entre os participantes do projeto de extensão da Universidade Federal do Paraná.....	11
2.3.1.1 Lesão medular .....	11
2.3.1.2 Poliomielite .....	13
2.3.1.3 Espinha bífida.....	14
2.3.1.4 Amputações.....	15
2.3.1.5 Paralisia cerebral.....	15
2.4 ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE ESPORTIVA .....	17
2.4.1 Aspectos fisiológicos.....	17
2.4.2 Aspectos psicológicos.....	19
2.4.3 Aspectos sociais.....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	28
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	28
3.2 POPULAÇÃO.....	28
3.3 PROCEDIMENTOS.....	29
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>ANEXOS</b> .....	34

## RESUMO

### OS ASPECTOS BIOPSIKOSOCIAIS DO ESPORTE ADAPTADO

A prática regular de atividades esportivas é capaz de colaborar no processo de integração e de inclusão social, bem como no processo de reabilitação física, social e psicológica dos sujeitos envolvidos nessas atividades (GORGATTI *et alli*, 2005; ASSUMPÇÃO, 2006), no entanto a existência de barreiras sociais, como: o preconceito, a exclusão, a falta de acessibilidade, falta de informação, entre outros, dificulta o desenvolvimento das capacidades das pessoas com deficiência, sabemos que “não há limites para a capacidade de um indivíduo que seja adequadamente treinado” (ADAMNS *et alli*, 1985). O esporte adaptado vem ganhando cada vez mais um respaldo maior frente à sociedade e frente aos próprios participantes (ASSUMPÇÃO, 2006), trata-se de uma prática bastante antiga que inicialmente estava atrelado ao processo de reabilitação física com cunho terapêutico assumindo um caráter desportivo após o advento da Segunda Guerra Mundial (GORGATTI *et alli*, 2005). O presente estudo possui um caráter de revisão bibliográfica que busca as inter-relações existentes entre as práticas de atividades esportivas e os aspectos biopsicossociais inerentes aos indivíduos. Através da apuração dos relatos apresentados por alguns participantes do Projeto de Extensão Universitária da UFPR constatou-se o que outrora já fora preconizado pela literatura: a prática de atividades esportivas promove uma melhoria da auto-estima, da qualidade de vida, no estado emocional e nas relações estabelecidas entre a sociedade e os praticantes da modalidade.

**Palavras-chave:** esporte adaptado, deficiência física, aspectos biopsicossociais.



## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo estimativas da ONU, aproximadamente 10% da população mundial é constituída de pessoas que possuem algum tipo de deficiência física, sensorial ou mental (CRESPO, 2000). De acordo com os dados do IBGE (2000), 14% da população brasileira tem algum tipo de deficiência, sendo que em Curitiba um percentual de 11%, que corresponde à aproximadamente 189.000 pessoas, apresentam alguma deficiência, deste total estima-se que 8.000 pessoas sejam deficientes físicos. A prática de atividades esportivas individuais ou coletivas traz para as pessoas com deficiência diversos benefícios, tanto de ordem fisiológica, como social e psicológica, pois segundo Sherrill (1993, p.04) essas práticas “contribuem para um estilo de vida mais saudável, para promover uma boa saúde mental, e um uso satisfatório do tempo destinado ao lazer”.

Para COSTA (1988), a prática de atividades físicas, esportivas e de lazer permite aos indivíduos experimentarem alguns benefícios como: a oportunidade de aprender novos movimentos, jogos e conseqüentemente as regras que fazem parte dos mesmos; aprender novas formas para realizar o lazer e a recreação; participar de eventos esportivos de competição; alcançar efeitos positivos na terapia e na reabilitação; o desenvolvimento da auto-estima, melhoria da percepção de sua auto-imagem e a vivência de experiências com o próprio corpo, abrangendo o que poderíamos chamar de: os três domínios do comportamento humano (SHERRILL, 1993).

Um programa de atividade física adequado contribui para o desenvolvimento de três domínios do comportamento humano: cognitivo (habilidades intelectuais), afetivo (sentimentos, opiniões, atitudes, crenças, valores, interesses, desejos) e psicomotor (performance física e motora) (SHERRILL, 1993, p.04).

Vale ressaltar que essas benéfices também podem ser experimentadas por pessoas não-deficientes com igual aproveitamento e intensidade.

Através da prática de atividades esportivas objetiva-se alcançar um funcionamento adequado dos sistemas corporais, de uma maneira tal que o indivíduo seja capaz de responder as demandas do meio ambiente, melhorando significativamente os níveis de força e resistência muscular, aptidão cardiovascular e

dos níveis de flexibilidade, bem como uma melhoria da aptidão neuromuscular, que visa um funcionamento harmonioso entre os sistemas nervoso e vascular para produzir os movimentos desejados, podendo-se até mesmo através dessas práticas esportivas alcançar uma melhoria no desenvolvimento das habilidades locomotoras tais como: andar, correr, desviar, galopar, escorregar, saltar, pular, rolar, empurrar, puxar, etc e não-locomotoras: oscilar, inclinar, girar, pegar, tremer, curvar, estirar, e ainda melhorias nas atividades que requeiram habilidades fundamentais tais como: arremessar, bater, pegar, atacar, chutar, inclinar, parar, mudar de direção, etc, melhoria em fatores motores, como: precisão, força, ritmo, equilíbrio, consciência, tempo de reação cinestésica, agilidade (ADAMNS *et alli*, 1985; SHERRILL, 1993).

Ao participar de um programa de atividade física, o indivíduo tem a oportunidade de conhecer o funcionamento do seu corpo e as suas diferentes interações com o meio ambiente e com a sociedade, ajudando de maneira efetiva o desenvolvimento de estratégias e capacidade de adaptação das técnicas por seus praticantes, outra grande contribuição da prática do desporto coletivo é a possibilidade de se desenvolver diferentes formas de comunicação que permitam as pessoas com deficiência interagir com o meio social, dividindo e adquirindo novos valores e atitudes, utilizando o seu tempo de uma forma positiva e construtiva, desenvolvendo assim características que reflitam de forma benéfica na construção do seu caráter, é também através destas práticas que se pode aprender a lidar com o sucesso, bem como com o fracasso, sendo ainda uma ótima ferramenta que ajuda a liberar as tensões (SOUZA, 1994).

O esporte permite extravasar ou canalizar nossas tensões, angústias, frustrações e agressividade. Nossos medos, inseguranças e incertezas são minorados à medida que nos auto-afirmamos, nos conhecemos e nos desenvolvemos pela prática desportiva orientada. A tendência ao desânimo, ao ócio, à apatia, é revertida num maior dinamismo, acentuação do prazer pelo movimento, auto-imagem mais positiva e maior disposição para a vida. Pode-se observar, ainda, melhora da força (muscular e de vontade) e da resistência (cardiovascular, muscular localizada, mas também ao cansaço, à tendência ao isolamento ou à apatia). Facilita-se, assim, a transição de 'doente' para 'saúdável', ou de 'incapaz' para 'apto' (SOUZA, 1994, p. 01).

A história entre a sociedade e as pessoas com deficiência passou desde a tentativa de exterminá-los, abandonando os recém-nascidos à própria sorte em campos abertos como faziam algumas culturas como a civilização grega, até uma

atitude de descaso, de fingir que nada está acontecendo, obviamente essa postura não soluciona as questões a respeito da existência de preconceitos e imagens estereotipadas criadas pela sociedade que acabam acarretando a exclusão das pessoas com deficiência (AMARAL, 1994; CIDADE *et alli*, 2002).

O preconceito ainda é um grande entrave para o desenvolvimento das práticas desportivas e lúdicas, porque muitas vezes inviabiliza os espaços disponíveis tolindo as pessoas com deficiência de usufruírem plenamente das oportunidades de vivenciar práticas de lazer e esportivas, o preconceito ainda pode ser visto como uma forma de suprimir o direito de igualdade entre todas as pessoas, direito esse que independe de cor, raça, status social, nível intelectual ou condição física, entretanto uma mudança nessa postura social ainda é um enorme desafio para a nossa sociedade e seus governantes (CARMO, 1991; MÜLLER, 2002).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A importância deste trabalho pode ser justificada ao relacionar a vivência da prática de atividades esportivas por pessoas com deficiência física aos aspectos biopsicossociais que permeiam o ambiente no qual estamos inseridos. Por abordar os aspectos positivos vivenciados pelos praticantes de atividade esportiva adaptada, e também ao apresentar uma das possibilidades de inserção de campo de trabalho é que se estabelece a relevância do presente trabalho para os profissionais de Educação Física.

## 1.2 OBJETIVO

Verificar as inter-relações entre a prática do esporte adaptado com os aspectos biopsicossociais inerentes aos indivíduos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRIA DO DESPORTO ADAPTADO

A prática de atividades físicas por pessoas com deficiência é bastante antiga (SOUZA, 1994; ADAMNS *et alli*, 1985). Para Silva *apud* Cidade *et alli* (2002) desde então a atividade física tem sido utilizada como um recurso terapêutico na reabilitação de pacientes com diversos tipos de deficiência. Existem relatos constatando que há quase três mil anos atrás na China, essas mesmas práticas esportivas eram utilizadas como uma ferramenta para ajudar na reabilitação de pacientes com deficiência física (ADAMNS *et alli*, 1985; SOUZA, 1994; CIDADE *et alli*, 2002).

A sociedade em geral tinha basicamente dois tipos de comportamento em relação às pessoas com deficiência física, idosos e doentes, ou exprimiam apoio e aceitação, ou então manifestavam uma atitude de menosprezo e de afastamento (SILVA *apud* CIDADE, 2002, p.12), sendo a segunda premissa perfeitamente justificada pela seguinte afirmação: “...como não sabemos como lidar com os deficientes, nem o que esperar deles, os afastamos fisicamente, se possível, ou moralmente, se sua presença for inevitável” (GLAD *apud* CARMO, 1991, p.36).

Segundo Winnick *apud* Gorgatti *et alli* (2005, p.485), o esporte como conhecemos agora se iniciou por volta do século XIX, e como já citado anteriormente, tinha caráter médico, de reabilitação, buscando a prevenção e/ou tratamento de lesões (ADAMNS *et alli*, 1985, p.38).

Em meados de 1870, nos Estados Unidos, iniciava-se a participação de crianças em competições organizadas por escolas especiais, e aproximadamente 18 anos mais tarde, surgiram na Alemanha clubes esportivos para atletas surdos. A partir daí o basquete e o futebol passaram a galgar mais espaço, conquistando assim uma maior popularidades em tais competições. Com o advento da Primeira Guerra Mundial a prática de esportes ganhou um respaldo maior, pois tinha um caráter de reabilitação dos mutilados e feridos que retornavam da Guerra, mas, foi só após a Segunda Guerra Mundial que ela ganhou um caráter desportivo, como afirma De Pauw e Gavron *apud* Cidade (2002, p.15) “o resultado da II Grande Guerra Mundial teve um positivo efeito sobre as atitudes em relação à pessoa

deficiente, com início de programas dirigidos para estes indivíduos” e assim o esporte adaptado ganhou um destaque maior, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, assumindo uma característica mais competitiva do que terapêutica (GORGATTI *et alli*, 2005).

Por iniciativa do Dr. Ludwig Guttman, em 1944, iniciou-se no Centro de Tratamento para Lesados Medulares do Hospital Stoke Mandeville, as primeiras práticas de arco e flecha e tênis de mesa com caráter essencialmente de reabilitação, até que em 1956, os Jogos de Stoke Mandeville foram reconhecidos oficialmente pelo Comitê Olímpico Internacional (ADAMS *et alli*, 1985; GORGATTI *et alli*, 2005). Em 1960 o Dr. Ludwig, realizou um evento que ocorreu logo após o término dos Jogos Olímpicos, em Roma, e que contou com 400 participantes de 23 países, com o total apoio do Comitê Olímpico Internacional e este evento ficou conhecido como os primeiros Jogos Paraolímpicos, o Dr. Ludwig foi chamado pelo papa João XXIII de ‘o Coubertin dos deficientes’ tamanha a sua importância na história do desporto adaptado. Com a criação de diversas instituições esportivas, como por exemplo, a ISOD (*International Sport Organization for the Disabled*), IBSA (*International Blinds Sports Association*) e ISMWSF (*International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation*), surge então a necessidade de organizar um comitê único, que pudesse agrupar todas as instituições. Assim, em 1989, foi fundado em Düsseldorf, Alemanha, o Comitê Paraolímpico Internacional, que tinha algumas missões tais como: representar internacionalmente os atletas com deficiência, supervisionar e coordenar os Jogos Paraolímpicos de Inverno e Verão, coordenar a agenda de competições esportivas internacionais para atletas com deficiência, buscar a integração de esportes para pessoas com deficiência em eventos dirigidos para pessoas sem deficiência, promover a inclusão nos programas dos Jogos Paraolímpicos de Inverno e de Verão de esportes e eventos para atletas com deficiências mais severas e promover os esportes para atletas com deficiências sem discriminação, por razões de posições políticas, religiosas, econômicas, sexuais e raciais (COMITÊ PARAOLÍMPICO apud GORGATTI *et alli*, 2005).

No Brasil, em 1958 foram fundados dois clubes de esporte em cadeiras de rodas: um em São Paulo (Clube dos paraplégicos de São Paulo – CPSP) e o outro no Rio de Janeiro (Clube do Otimismo), que apontam uma grande influência tanto da

Inglaterra quanto dos Estados Unidos (SOUZA, 1994; ARAÚJO, 1998; GORGATTI *et alli*, 2005).

Em 1975, é fundada a Associação Nacional de Desportos para Deficientes (ANDE), a primeira associação de dirigentes do desporto para pessoas com deficiência física, e está filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro, que por sua vez, foi fundado na cidade do Rio de Janeiro, em 30 de agosto de 1994. A Associação Brasileira de Desportos para Cegos (ABCD), surge em janeiro de 1984, ela organiza e promove o desporto para pessoas cegas ou com deficiência visual, em Dezembro do mesmo ano fundou-se a Associação Brasileira de Desportos em Cadeiras de rodas (Abradecar), também filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro, e está internacionalmente submetida a ISMWSF (*International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation*). A Associação Brasileira de Desporto de Deficientes Mentais (ABDEM) foi fundada em 1989, mas só foi reconhecida pelas APAEs em 1995, a ABDA (Associação Brasileira de Desportos para Amputados), foi a última a ser fundada, é filiada a ISOD e abrange as modalidades de: arco e flecha, atletismo, halterofilismo, natação, tiro, voleibol, futebol de campo e de salão e ciclismo (GORGATTI *et alli*, 2005).

O Brasil participa das Paraolimpíadas desde 1972, e estão sob administração do Comitê Paraolímpico Brasileiro as seguintes modalidades esportivas: atletismo, basquetebol em cadeira de rodas, basquetebol para deficientes mentais, bocha, ciclismo, esgrima, futebol e futsal para indivíduos com paralisia cerebral, *goalball*, halterofilismo, hipismo, iatismo, judô, natação, rúgbi, tênis de mesa, arco e flecha, voleibol e modalidades de inverno. O Departamento de Desporto das Pessoas com Deficiência, vinculada à Secretaria do Esporte do Governo Federal é quem incentiva o esporte adaptado para pessoas com deficiência física. A partir da Lei Piva de 2001, o CPB passou a receber uma verba fixa, de 2% do valor total do montante arrecadado pelos prêmios dos concursos federais (GORGATTI *et alli*, 2005), entretanto precisamos de muito mais do que leis e órgãos que regulamentem os investimentos e campo de atuação dos profissionais de Educação Física com relação ao desporto adaptado, precisamos ainda entender o arranjo social atual e a sua relação com as pessoas que o compõe sejam elas deficientes ou não.

## 2.2 AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

### 2.2.1 Pessoas com deficiência física, como devemos chamá-las?

Há pelo menos 30 anos atrás qualquer lesão grave da medula espinhal “levaria um indivíduo à morte ou, na melhor das hipóteses, à dependência total para o resto de sua vida” (SOUZA, 1994, p.01), hoje graças ao avanço das áreas relacionadas com a saúde como: medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, entre outras, assim como a melhoria nos processos de tratamento e equipamentos para reabilitação, àqueles que sofreram lesões medulares poderão ter melhores condições de qualidade de vida e saúde, convivendo de maneira pacífica com os conseqüentes comprometimentos psicológicos, neurológicos ou sociais acarretados por uma lesão medular grave (SOUZA, 1994; FRONTERA *et alli*, 2001).

Um passo muito importante para que se possa dar continuidade ao presente trabalho é tentar definir o termo correto para se referir às pessoas com deficiência, pois não podemos simplesmente agrupar sob um mesmo rótulo todas as pessoas que dentro de uma visão excludente não fazem parte do grupo de pessoas ditas ‘normais’. Vale de antemão afirmar que “jamais houve ou haverá um único termo correto” (SASSAKI, 2003, p.01), os termos empregados variam de acordo com o momento histórico e com as concepções da sociedade vigente. Se fizermos um breve recordatório dos termos utilizados ao longo da história, veremos que alguns caíram em desuso, pois criavam sob as pessoas com deficiência uma imagem estigmatizada de aberrantes, incapazes ou de anormais. Durante séculos utilizou-se o termo **inválidos** para se referir às pessoas com deficiência, porém esse termo transmite a idéia de que a partir daquele momento essa pessoa passaria a ser um peso morto, uma pessoa inútil. Por volta do século 20 até aproximadamente 1960 adotou-se o termo **incapacitados**, mas este anula a capacidade das pessoas em todos os aspectos, tanto psicológico, como social, profissional, entre outros. De 1960 até 1980, os termos **defeituosos**, **deficientes** e **excepcionais**, eram utilizados para se referir às pessoas com deficiência, mas os termos eram incapazes de reforçar as capacidades e potencialidades dos indivíduos, sendo assim, tornaram-se obsoletos, (apesar de atualmente ainda convivermos com pessoas que utilizam tais termos). A modificação do termo AACD, fundada na década de 50 e que significava Associação

de Assistência à Criança Defeituosa, atualmente conhecida como Associação de Assistência à Criança Deficiente, é um exemplo prático da reformulação e adequação dos termos utilizados para se referir às pessoas com deficiência. Desde 1981 até 1987 adotou-se o termo **peessoas deficientes**, e a partir de então nunca mais se utilizou o termo **indivíduos** para se referir às pessoas com deficiência, a adição do substantivo **peessoas** ao termo era muito necessária, pois colocava a todos em situação de igualdade, mais tarde, contrapondo-se a essa terminologia, surgiu o termo **peessoas portadoras de deficiência física**, pois para algumas organizações o termo **peessoa deficiente**, sinalizava que a pessoa inteira é deficiente, o termo tornou-se inadequado depois da adoção dos termos **peessoas com necessidades especiais** e conseqüentemente a expressão **portadores de necessidades especiais**, cabe aqui ressaltar que as necessidades especiais podem ser dificuldades vinculadas ou não a deficiências ou a causas orgânicas, evidenciando então a fragilidade do termo **portar** uma necessidade especial. Nesta mesma época surgiram expressões como **crianças especiais**, **alunos especiais** que tentavam suavizar a palavra deficiente, mas o termo **especial** não serve somente para designar um grupo de pessoas que possuam alguma deficiência, talvez isso seja um reflexo natural da sociedade ao pensar que para integrar as pessoas na sociedade bastaria normalizá-las, e então ao adotarmos um termo que amenize estas diferenças estaríamos proporcionando a integração deste grupo à sociedade como preconizado por Amaral (1994 p.40). Em junho de 1994, aderiu-se novamente ao termo **peessoas com deficiência**, quando então em maio de 2002 o Frei Betto sugeriu a adoção do termo **PODE** (Portadores de Direitos Especiais), enfatizando as capacidades das pessoas com deficiências, porém o questionamento sobre a adoção de um termo como esse já foi exposto anteriormente, há um certo equívoco lingüístico ao se utilizar o termo **portador**, pois colocado desta forma, dá a impressão de que a pessoa pode deixar de portar a sua deficiência e além do mais, aceitar a idéia de nomear os direitos comuns a todos os cidadãos de **direitos especiais** recai no lapso de segregar as pessoas deficientes das não-deficientes; a equiparação dos direitos é um objetivo comum e muito almejado por todos, por isso o termo não pareceu ser muito adequado. Finalmente desde 1990 até hoje o termo **peessoas com deficiência** e **peessoas com necessidades especiais** foi aclamado pela grande maioria de participantes de um evento denominado “Encontrão”,



destinado à pessoas com deficiência, que aconteceu no Recife, em 2000. Os princípios básicos para a adoção deste termo são: não se quer esconder ou camuflar a deficiência, por isso deve-se evitar a utilização de termos que tentem amenizar essa condição tais como: **crianças especiais**, **pessoas especiais**, entre outros; descartar a falsa idéia de que todo mundo tem uma deficiência; mostrar de forma digna a realidade da deficiência; defender a igualdade entre as pessoas com deficiência e as outras em termos de direitos e dignidade; identificar nas diferenças todos os direitos que lhes são pertinentes e a partir daí encontrar medidas específicas para que o Estado e a sociedade possam eliminar ou atenuar as dificuldades impostas pelos ambientes humano e físico (SASSAKI, 2003).

Há uma grande controvérsia ao se tentar explicar ou definir o termo “deficiência” ou “deficiência física”, pois o termo, quando é aplicado apenas para designar pessoas que fujam dos padrões de normalidade impostos pela sociedade parecem não dar conta das amplas diferenciações existentes entre os indivíduos estigmatizados “deficientes físicos” (CARMO, 1991 p.15).

## 2.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA

A deficiência Física pode ser caracterizada como toda e qualquer alteração no corpo humano, resultante de um problema ortopédico, neurológico ou de má formação, levando o indivíduo a uma limitação ou ainda a uma dificuldade no desenvolvimento de alguma tarefa motora; a categorização destas dificuldades pode se dar de acordo com o período em que ocorreu a lesão, podendo ser: congênitas ou adquiridas, pré-natal (durante a gestação), perinatal (no momento em que ocorre o nascimento) ou pós-natal (após o nascimento) (COSTA, 1988).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) seguem as seguintes definições (CIDADE, 2002, p.10):

- I - Impedimento – um dano psicológico, fisiológico ou anatômico, permanente ou transitório, ou uma anormalidade de estrutura ou função.
- II - Deficiência – qualquer restrição ou perda na execução de uma atividade. Resultante de um impedimento, na forma ou dentro dos limites considerados como normais para os ser humano.
- III - Incapacidade – uma deficiência que constitui uma desvantagem para uma determinada pessoa, porque limita ou impede o desempenho de uma função que é considerada normal dependendo da idade, sexo fatores sociais e culturais para aquela pessoa.

De acordo com Amaral (1994, p.17), a deficiência primária refere-se ao impedimento que fora descrito anteriormente, que se pode entender como: o olho lesado, o braço paralisado, a perna inexistente, entre outros e a deficiência propriamente dita, seria entendida como as conseqüências destes impedimentos: o não ver, o não manipular, o não andar, entre outros. A deficiência refere-se, portanto, aos fatores intrínsecos, às limitações em si e a própria pessoa. Já a deficiência secundária, está ligada ao conceito de incapacidade, a condição de desvantagem, que só pode ser identificada quando há um esquema comparativo desta pessoa com relação ao seu grupo, assim podemos entender que a deficiência secundária diferentemente da primária depende também de fatores extrínsecos, pois está aliada a leitura que a sociedade que faz desta diferença.

Para a legislação Brasileira Decreto nº 3298 de 20/12/1999, regulamentado pela lei 7.853 de 24/10/1989 art. 3º, preconiza-se que: (BRASIL, p.25-26, 2005).

I - Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - Deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - Incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidades de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Temos ainda no art. 4º a definição de pessoa com deficiência física, para todo aquele que se enquadrar nas seguintes categorias:

I - Deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membros, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; (redação dada pelo decreto nº 5296, de 2004).

II - Deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ; (redação dada pelo decreto 5.296, de 2004).

III - Deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória do campo visual em ambos os olhos for igual ou menos que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (redação dada pelo decreto 5.296, de 2004)

IV - Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidade adaptativa, tais como:

- a) Comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização de recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

É importante considerarmos que mesmo que as pessoas com deficiência física apresentem algumas vezes uma aparência discrepante da sociedade em geral, nós devemos entender que este grupo de pessoas possui as mesmas necessidades básicas que qualquer outra pessoa, ela também almeja o sucesso nas atividades que realiza, reconhecimento e aprovação (ADAMNS, *et alli*, 1985).

### 2.3.1 Tipos de deficiências encontrados entre os participantes do projeto de extensão da Universidade Federal do Paraná

Tendo como objetivo estabelecer uma relação entre a literatura pesquisada e a importância da prática da atividade física quanto aos aspectos biopsicossociais, delimitou-se a descrição dos tipos de deficiência encontrados entre os participantes do projeto de Extensão da Universidade Federal do Paraná que contribuíram para dar a fundamentação teórico-prática a este trabalho.

#### 2.3.1.1 Lesão medular

A medula espinhal é parte do sistema nervoso central, e trata-se de um segmento cilíndrico ligeiramente achatado no sentido ântero-posterior, com mais ou

menos 45cm de comprimento e 1cm de diâmetro. A medula está inserida na coluna vertebral e é constituída de 31 pares de nervos espinhais (8 cervicais, 12 torácicos, 5 lombares, 5 sacrais e 1 coccígeno) que provêm da medula espinhal e saem do canal vertebral através dos forames. A coluna vertebral está segmentada em 5 regiões: cervical, que possui 7 vértebras; torácica, com 12; lombar, com 5; sacral também com 5 vértebras e a fusão de 4 ou 5 vértebras forma a região coccígena. A principal função da medula espinhal é atuar como um canal por onde os impulsos nervosos transitam, indo ou vindo do cérebro, sendo ela um importante condutor e transmissor de estímulos sensitivos, além de ser um receptor de estímulos motores. Podemos dizer que ela constitui um centro nervoso, já que nela são elaborados diversos atos reflexos, que asseguram o tônus muscular, o trofismo, o controle dos esfíncteres, as funções genitais e as funções simpáticas (vasomotoras, regulação térmica, etc.). Ela não possui a capacidade de se regenerar no caso de lesões, dependendo da gravidade da lesão as funções motoras e sensitivas permanecem comprometidas (CASTRO, 1985; SOUZA, 1994; GORGATTI *et alli*, 2005).

Para Gorgatti *et alli* (2005) lesões medulares podem ser definidas como condições adquiridas, resultantes de uma lesão da vértebra e/ou dos nervos da coluna vertebral. Algumas lesões afetam exclusivamente as vértebras da coluna e podem não trazer nenhum comprometimento funcional, porém, quando a lesão chega a afetar a medula, a lesão é denominada neurológica e, neste caso, as funções do sistema motor, sensorial e autônomo são atingidas.

As pessoas acometidas por lesões medulares, dependendo da gravidade podem apresentar certos distúrbios, tais como: perda da sensibilidade à dor, frio, calor, propriocepção postural, entre outros, e a região afetada depende da área que sofreu a lesão, redução da capacidade respiratória em lesões cervicais e até a 2ª vértebra dorsal ocasiona disfunção do sistema de regulação térmica, incontinência urinária e pouco controle do esfíncter retal, predisposição para infecções urinárias e escaras de decúbito, tendência à osteoporose em regiões localizadas abaixo da lesão, entre outros. (SOUZA, 1994; GORGATTI *et alli*, 2005). “A função é perdida tanto por causa da morte das células na região, como pela interrupção das fibras nervosas que carregam as informações aferentes e eferentes” (GORGATTI *et alli*, 2005, p.150).

As lesões medulares são classificadas de acordo com a sua gravidade, podendo ser *completas*: onde ocorre a secção total da medula e não existe nenhuma função sensitiva ou motora abaixo do nível da lesão, sendo que estas acarretam a perda total da contração muscular voluntária, sendo denominadas: *paralisias* ou *plegias* e *incompletas*: onde há uma secção parcial da medula e há uma função residual da motricidade, de sensibilidade e há a possibilidade do retorno progressivo da função muscular, neste tipo de lesão as perdas das capacidades de controle da musculatura voluntária são parciais. As lesões medulares que ocorrem até a 1° vértebra torácica, são denominadas *tetraplegia* se forem completas e *tetraparesias*, se forem incompletas, e as lesões medulares que ocorrem abaixo da 1° vértebra torácica são chamadas de *paraplegias* se completas e *paresias* se incompletas (SOUZA, 1994; GORGATTI *et alli*, 2005).

#### 2.3.1.2 Poliomielite

Popularmente conhecida como Paralisia Infantil, é provocada por uma infecção de origem viral (vírus poliovírus), e que afeta as células do corno anterior da medula espinhal, responsáveis pela motricidade, entretanto a sensibilidade não é prejudicada. A contaminação se dá pela boca e se multiplica através da corrente sanguínea. De maneira geral ela se manifesta nos primeiros anos de vida, e as seqüelas dependem de cada caso que está sendo analisado, e em alguns casos as seqüelas inexistem, mas se as células motoras forem destruídas, então as conseqüências serão irreversíveis (GORAGATTI *et alli*, 2005), “a poliomielite resulta em paresia flácida, paralisia e atrofia dos grupos musculares afetados com sintomas concomitantes de fadiga, fraqueza e dor” (FRONTERA *et alli*, 2001, p.77).

O período de manifestação da poliomielite varia de 03 a 35 dias. Ela pode se manifestar na forma de uma infecção inaparente, onde não existem sintomas, o vírus se localiza na faringe, intestino e provavelmente no sangue (BRASIL, 2002), em uma doença branda, onde há uma infecção sem evidência clínica ou laboratorial de invasão do SNC, podem-se observar distúrbios gastrointestinais, desconforto faríngeo, náusea, vômito e gripe. Sabe-se ainda de casos de *poliomielite não paralítica*, essa consiste em sinais de irritação do líquido, rigidez na nuca e costas, e a evolução deste tipo de pólio é benigna, há ainda a *poliomielite paralítica*, que

apresenta todos os sintomas supracitados, além do acometimento das células nervosas motoras na medula, cérebro, com paralisia em vários músculos (COSTA, 1988).

#### 2.3.1.3 Espinha bífida

A espinha bífida tem origem congênita, e é provocado pelo não fechamento de dois ou mais arcos vertebrais durante a formação da coluna vertebral, no período de gestacional, geralmente há acometimento da região lombar, mas outras regiões também podem ser comprometidas (GORGATTI *et alli*, 2005).

Existem quatro tipos de espinha bífida: *espinha bífida oculta*, que geralmente é assintomática e não causa maiores problemas; *meningocele*, que raramente está associada a um déficit neurológico, porém recomenda-se o fechamento cirúrgico para que não haja complicações como o acometimento por meningite, “os lactentes com espinha bífida em geral são submetidos a uma cirurgia dentro de 24 horas após o nascimento para fechar a malformação vertebral a fim de minimizar o risco de infecção e de prevenir risco de infecção e de qualquer dano neurológico adicional” (ACSM, 2002, p.58); *hidrocefalia*, que é um aumento anormal do tamanho da cabeça, em geral associado a meningomielocele, ela é provocada por uma absorção inadequada do líquido cefalorraquidiano (CHUSID *apud* BRASIL, 2001) e *mielomeningocele* sendo o caso mais comum de espinha bífida, onde ocorre o extravasamento do canal medular e pode resultar em falta de sensibilidade das funções motoras abaixo do nível da lesão. A incidência de ocorrência desta má formação congênita é de duas em cada mil crianças nascidas, e algumas das seqüelas que podem se manifestar nesses casos são: desvios posturais, fraqueza dos ossos, obesidade, distúrbios urinários e escaras de decúbito, ela também pode interferir diretamente no crescimento da criança, provocando deformidades ósseas e atrofia muscular (GORGATTI *et alli*, 2005).

Em alguns casos de acometimento por espinha bífida pode haver o desenvolvimento de doenças secundárias, constata-se o aparecimento de escoliose em 80% do número de indivíduos que possuem espinha bífida, sendo em alguns casos necessário o uso de cadeira de rodas não sendo possível a utilização de dispositivos de assistência que permite a alguns pacientes executar caminhadas,

conseqüentemente o uso excessivo dos membros superiores pode acarretar no desenvolvimento de: síndrome do túnel do carpo, artrite, tendinite, entre outros, que infelizmente irão deteriorar ainda mais a mobilidade dos cadeirantes, a obesidade também é apontada como um dos fatores secundários comumente desenvolvidos por pessoas com espinha bífida, muitas dessas pessoas apresentam uma auto-estima baixa, habilidades sociais imaturas, falta de iniciativa e depressão, que dificultam a vida independente e inserção social (ACSM, 2002, p.59).

#### 2.3.1.4 Amputações

Uma amputação pode ser definida como a remoção de um ou mais membros, ou de uma parte de um dos membros. Ela pode ser conseqüência de algum acidente, de um procedimento médico que vise a preservação da vida, entre outros. De uma maneira simplificada existem quatro casos de amputações: *amputações congênitas*, ou seja, a ausência total ou de parte de um dos membros no nascimento; *amputações resultantes de tumores*, em alguns casos as amputações são necessárias para interromper o progresso de uma doença maligna; *amputações traumáticas*, resultantes de um distúrbio físico repentino, como por exemplo: um acidente automobilístico, ou um acidente de trabalho e *amputações resultantes do agravamento de algumas doenças* como: doença vascular periféricas, diabetes e a arterioesclerose (ADAMNS *et alli*, 1985, p.52; ACSM, 2002, p.10). A grande maioria das amputações ocorre na extremidade inferior do corpo, essas amputações estão classificadas nas seguintes categorias:

(a) amputação de artelhos e parcial do pé; (b) unilateral (i. e., envolvimento de uma única perna) abaixo do joelho (transtibial); (c) unilateral acima do joelho (transfemoral); (d) desarticulação do quadril e hemipelvectomy; (e) bilateral (i. e. envolvendo ambas as pernas) abaixo do joelho; (f) bilateral acima e baixo do joelho (i. e., uma perna amputada acima do joelho e a outra abaixo do joelho); e (g) bilateral acima do joelho (i. e., ambas as pernas amputadas acima do joelho) (ACSM, 2002, p.190).

#### 2.3.1.5 Paralisia cerebral

Após a destruição ou a ausência congênita dos neurônios motores superiores, pode haver a ocorrência de uma perturbação na função muscular denominada

*paralisia cerebral*. Ela é freqüentemente classificada de acordo com o período em que ocorreu: *pré-natal*, ou seja, antes do nascimento podendo ser a resultante de problemas como: hipertensão arterial da mãe, doenças renais ou diabetes que podem causar hemorragias no cérebro das crianças, incompatibilidade entre o fator Rh do sangue da mãe e do feto, entre outros; *natal*, ou seja, durante o nascimento, como por exemplo: casos de parto prolongado ou dificultado, ou ainda por qualquer alteração que resulte em falta de oxigenação cerebral do bebê; ou *pós-natal*, portanto, após o nascimento, que pode se dar pela oxigenação insuficiente como no caso de um envenenamento gasoso ou por um trauma, como um acidente vascular cerebral, lesões cranianas e lesões provocadas por armas de fogo (ADAMNS *et alli*, 1985, p.80).

Há sete tipos de paralisia cerebral, dentre os quais três são considerados como os principais: *espástica*, caracterizada por reflexos hiperativos e músculos flexores contraídos, produzindo um movimento duro e sem plasticidade, em geral está associada com a deficiência mental; *atetóide*, casos em que há episódios de atetose caracterizado como movimentos involuntários, incoordenados e sem propósitos que podem se expressam em vários graus de tensão e *atáxica*, caracterizada pela incoordenação da atividade ou função, ou ambas, por conta do distúrbio do senso cinestésico, sendo assim os atáxicos tem que se concentrar para não cair, e ainda exprimem um tônus muscular bastante fraco, dentro deste último tipo de paralisia cerebral há a classificação das ataxias são de acordo com as extremidades afetadas: *monoplegia*, afetação de um membro; *paraplegia*, afetação dos membros inferiores; *hemiplegia*, afetação de ambos os membros de um lado do corpo; *diplegia*, envolvimento de ambas as pernas, com leve envolvimento dos braços; *triplegia*, afetação de três membros e *quadriplegia* com afetação dos quatro membros (ADAMNS, 1985). Podem-se apontar como benefícios primários de um programa de exercícios para pessoas com paralisia cerebral: a redução do risco de doenças crônicas secundárias, a melhoria na saúde dos ossos, a manutenção/melhoria da força muscular, manutenção/melhoria da aptidão cardiovascular, manutenção/melhoria da flexibilidade e mobilidade, manutenção/melhoria do equilíbrio e coordenação, redução da espasticidade/atetose, a facilitação do controle do peso corporal, redução da ansiedade e do estresse, proporção de uma sensação de bem-estar, promoção de uma maior



participação nas atividades individuais e facilitação do engajamento comunitário (ACSM, 2002, p.19).

Deve-se ressaltar que apesar das paraplegias e tetraplegias serem irreversíveis, isto não impede a prática desportiva. A seleção das atividades e modalidades esportivas, bem como a dosagem das cargas, considerará e procurará desenvolver as funções e qualidades (motoras, fisiológicas, sociais, psicológicas etc.) remanescentes. Por isso dizemos que um dos objetivos primordiais do esporte será desenvolver as potencialidades do indivíduo (SOUZA, 1994, p.33).

## 2.4 ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DA ATIVIDADE ESPORTIVA ADAPTADA

### 2.4.1 Aspectos fisiológicos

A inatividade física pode aumentar o risco de mortalidade e morbidade, mesmo em indivíduos aptos<sup>1</sup>, ela pode levar a desmineralização óssea, à atrofia dos músculos esqueléticos e cardíaco, à diminuição da massa corporal magra, à redução do conteúdo de água corporal e do volume sanguíneo e ao aumento da gordura corporal (FIGONI *apud* FRONTERA, 2001, p.246). Segundo Shepard *apud* Sherrill (1993, p.335), um condicionamento físico não adequado aumenta o dispêndio de energia acima do nível normal e induz a fadiga que reduz a eficiência do movimento. Muitas pessoas com deficiência que não praticam atividade física desenvolvem problemas e condições secundárias tais como a dor crônica, a espasticidade problemática, a depressão, a obesidade (SHERRILL, 1993), infecções do trato urinário e úlceras de decúbito; por dependerem muitas vezes exclusivamente dos membros superiores para realizar as atividades diárias (uso de cadeira de rodas, muletas, transferências, entre outros) tornam os ombros, cotovelos e os punhos susceptíveis a uma lesão por uso excessivo, inflamação tendinosa, degeneração articular e dor. A espasticidade grave pode causar contraturas articulares e perda da amplitude dos movimentos, a paralisia da musculatura abdominal (expiratória) afeta o reflexo da tosse e faz aumentar a susceptibilidade destas pessoas a infecções respiratórias, algumas pessoas que conseguem ter uma vida bastante prolongada, não muito raramente são vitimadas por doenças

---

<sup>1</sup> Nota do autor: leia-se indivíduos que não apresentam nenhuma deficiência.

cardíacas e acidentes vasculares cerebral doenças estas que estão atreladas à inatividade física, bem como a hiperlipidemia, resistência insulínica e hipertensão.

A participação regular em um programa de exercício estruturado pode reduzir o risco de doença cardiovascular e melhorar a autonomia para desenvolver atividades físicas diárias (LACOURSE *et alli*, *apud* FRONTERA *et alli*, 2001), além de ressaltar ganhos de agilidade no manejo da cadeira de rodas, de equilíbrio dinâmico ou estático, de força muscular, de coordenação motora, resistência física, uma melhor adaptação física global, entre outros (ROSADAS 1989; SOUZA, 1994), já se comprovou através de estudos que cadeirantes que praticam atividades esportivas tem menores ocorrências de infecções nos rins e outras complicações médicas (AXELSON, 1996), a prática de exercício pode ainda favorecer a transição entre a deficiência e a aptidão, proporcionar melhores condições organofuncionais, predispor a pessoa para níveis de rendimento mais elevados (GORGATTI *et alli*, 2005). Segundo Frontera *et alli* (2001) o esporte pode resultar em alguns benefícios a nível músculoesquelético como o aumento ou até cessação da perda de densidade óssea e o aumento da força e da resistência, sob o prisma da condição cardiovascular o autor afirma que pode haver uma diminuição do volume sistólico e da resistência periférica total, redução da frequência cardíaca submáxima e de repouso, redução da pressão arterial durante o exercício, aumento da capacidade de exercício, aumento da HDL e diminuição do LDL, diminuição do risco de doença cardiovascular e a prática de atividade física pode atuar ainda em fatores neurais ajudando na diminuição da espasticidade, aceleração da regeneração dos nervos periféricos, assim como modificações hormonais aumentando a sensibilidade á insulina, além de ajudar em características gerias como aceleração do processo de cicatrização, perda de peso e aumento da independência.

O condicionamento físico contribui para lidar melhor com as barreiras arquitetônicas impostas pela sociedade, pois muitas vezes para transitar em diferentes lugares necessita-se uma condição física muitas vezes maior do que a requerida pelas pessoas sem nenhum tipo de deficiência física (MILLER *et alli*, *apud* SHERRILL, 1993), a depressão crônica e outros problemas relacionados com a saúde mental podem ser minimizados através da prática regular de atividades físicas.

#### 2.4.2 Aspectos psicológicos

Alguns pacientes acometidos por lesões medulares, amputações, e outros tipos de deficiência, experenciam uma reação depressiva decorrente das perdas de algumas de suas funções e muitas vezes de sua independência (MELLO, 1996), podemos dizer que esse período de depressão e ansiedade, é um período adaptativo que corresponde aos aspectos conformacionais dessa nova condição (ASSUMPÇÃO, 2006). A prática regular de atividades esportivas é apontada como um dos meios encontrados para minimizar essas reações e colaborar no processo de reabilitação, pois, é também através dessas práticas que se pode alcançar uma melhoria em fatores relacionados à reintegração social e auto-estima (MELLO, 1996; ASSUMPÇÃO, 2006), bem como uma melhoria na percepção espaço-temporal; a interação com grupos sociais com interesses e problemas semelhantes, além de permitir a reversão das tendências ao ócio, à apatia e ao isolamento social, podendo ainda facilitar o reingresso da pessoa na sua vida familiar, social, educacional, profissional e no lazer ativo, a atividade física pode também influir positivamente no comportamento do indivíduo capacitando-o para a realização de trabalhos em grupo, reforçando a sua conduta responsável e participativa, sua capacidade de iniciativa evitando assim condutas de dependência (SOUZA, 1994; GORGATTI *et alli*, 2005). De acordo com Axelson (1996) a prática de atividade física regular acarreta em benefícios físicos, intelectuais, emocionais e espirituais, sendo os benefícios emocionais e espirituais da atividade física apontados como uma maior confiança e uma auto-estima mais positiva.

É muito comum que se faça uma associação entre a deficiência (de origem congênita ou adquirida) e a depressão, porém estudos recentes comprovam que a depressão pode ser menos comum do que se havia pensado, um estudo que mensurou o grau de depressão em adultos paraplégicos desportistas e sedentários concluiu que há uma diminuição dos níveis de ansiedade traço e no estado de depressão em adultos paraplégicos que praticam atividade física (MELLO, 1996) e que pessoas que possuem algum tipo de deficiência física que praticam atividade física regular apresentam um nível de bem-estar bem maior do que o constatado em pessoas não-ativas, colaborando com processo de reabilitação (CANADA FITNESS SURVEY *apud* SHERRILL, 1993), porém, a relação entre as variáveis psicológicas

como a depressão e a reabilitação podem ser bem mais complexas do que se imagina, pois, a depressão e o nível de comprometimento podem atuar independentemente e/ou interagir afetando os níveis de atividade, de forma que o nível de atividade possa estar sendo limitado e afetado pelo nível de comprometimento da situação ou estas atividades serem limitadas somente por variáveis psicológicas como os níveis de depressão (MELLO, 1996), contudo é importante buscar caminhos, além da reabilitação física que facilitem e fortaleçam a personalidade das pessoas com deficiência; a personalidade é essencialmente concebida como uma totalidade dinâmica, cujas particularidades cognitivas (relativas às operações do conhecimento: percepção, inteligência, memória), afetivas (relativas à vida emocional, aos sentimentos e ao nível vivido propriamente dito), conativas (relativas aos fenômenos da vontade ou esforços voluntários) e físicas (relativa ao próprio corpo e seu substrato biológico) estão em interdependência, portanto a união entre a prática esportiva e o processo de inclusão social que vise o fortalecimento da personalidade dos indivíduos, é um indício de que sociedade está tentando superar as barreiras invisíveis que ela mesma colocou ao longo da história (ASSUMPÇÃO, 2006).

Assim como não há operações intelectuais sem a implicação de sentimentos de êxito ou fracasso, prazer ou aborrecimento, também não existem esforços físicos sem intervenção das discriminações perceptivas e de fatores motivacionais ou de sentimentos (THILL, 1989 *apud* ASSUMPÇÃO, 2006), por isso é necessário um ambiente social que possibilite acessibilidade as mais variadas experiências sociais que um indivíduo tem o direito de usufruir.

#### 2.4.3 Aspectos sociais

É evidente afirmar que a constituição do caráter e da personalidade de um indivíduo se dá de acordo com as relações que o mesmo estabelece com o meio no qual está inserido, sendo assim, essas relações podem influir positivamente ou negativamente no desempenho de suas habilidades, pois, existe uma relação direta entre a funcionalidade de um indivíduo dentro de seu ambiente com a capacidade das outras pessoas em aceitá-lo e também de sua tolerância para aceitar a si próprio (ASSUMPÇÃO, 2006).

A prática da atividade esportiva é capaz de colaborar no processo de integração e de inclusão social, bem como no processo de reabilitação física, social e psicológica dos sujeitos envolvidos nessas atividades (GORGATTI *et alli*, 2005; ASSUMPÇÃO, 2006), ao tirarmos as pessoas com deficiência da vivência de experiências em sociedade, podemos causar 'lesões psicológicas' e sociais bastante difíceis de serem revertidas.

À medida que se colocam barreiras sociais, como: o preconceito, a exclusão, a falta de acessibilidade, falta de informação, entre outros, está se anulando e menosprezando as capacidades das pessoas com deficiência, quando sabemos que "não há limites para a capacidade de um indivíduo que seja adequadamente treinado" (ADAMNS *et alli*, 1985), contudo o que nos conforta, é o fato de o esporte adaptado vem ganhando cada vez mais um respaldo maior frente à sociedade e frente aos próprios participantes (ASSUMPÇÃO, 2006).

Analizando a deficiência sob um olhar fisiológico, podemos afirmar que a deficiência física é toda e qualquer alteração no corpo de um indivíduo que prejudique a sua locomoção (COSTA, 2001, p.53), ao adotarmos essa definição, recaímos em um grande problema ao se tentarmos definir e conceituar a deficiência e também de tentar encaixar em um padrão pré-estabelecido todas as pessoas com deficiência, mas, se analisarmos a questão sob uma perspectiva social podemos afirmar que a deficiência nada mais é do que o resultado da relação estabelecida entre as pessoas e a sociedade e mais, quanto mais incapaz for o arranjo social para lidar a diversidade, mais cruel e severa será a experiência da deficiência (DINIZ, 2004).

As pessoas com deficiência em geral sofrem com um problema que não é exclusivo da nossa realidade brasileira, mas está presente em grande parte da sociedade hodierna, esse problema comum a todas as sociedades é o preconceito, que segundo Amaral (1994) nada mais é do que uma atitude favorável ou desfavorável anterior a qualquer conhecimento <sup>2</sup>. O preconceito pode se manifestar de diferentes formas, desde atitudes repulsivas até em atitudes comiserativas, tratando as pessoas com deficiência como se fossem coitadinhos pensando que a vida deles se tornou um grande sofrimento por conta dos problemas dos quais foram acometidos, ou então como super-heróis, imbatíveis frente as sua nova condição,

---

<sup>2</sup> Nota do autor: O que permite a leitura do referido termo como pré-conceito.

todos nós temos capacidades e potenciais que podem ser desenvolvidos, ser super ou sub estimado nos coloca em sufocante e constante pressão (CERTEZA, 2003). Surge aqui uma questão bastante recorrente: O que faz com que durante tantos séculos ainda se perpetue esse fenômeno que caracterizamos como preconceito? A resposta para esta questão é muito simples, e já foi citada neste texto, a matéria-prima que dá subsídios a perpetuação do preconceito é o desconhecimento, é ele que incita as leituras estereotipadas e corroboram com um conjunto de ações de segregação, nos conduzindo inevitavelmente a um processo de *apartheid* contemporâneo (AMARAL, 1994).

Ao se levantar a questão referente ao preconceito torna-se inevitável colocarmos aqui considerações sobre aquelas que antagonizam as atitudes preconceituosas: As atitudes integrativas, especialmente quando se aborda o tema deficiência ou pessoas com deficiência, raramente se escapa de discussões como essa, mas afinal, em que ações estão fundamentadas as ações que chamamos de integrativas, o que fundamenta essas ações? Segundo Amaral (1994, p.35) “integrar em meu entender significa acima de tudo o oferecimento de oportunidades iguais, malgrado as diferenças”, dito isto parece que o assunto se dá por encerrado, mas se aprofundarmos a nossa análise surge aqui uma outra questão de igual importância: Oportunidade de que? Esta questão também é respondida por Amaral (1994, p.35) quando a autora faz a seguinte afirmação: “basicamente de ter acesso à”. A magnitude desta afirmação está no fato de que ela não restringe as possibilidades ou delimita as áreas específicas em que se deve promover a integração, ela não estabelece relações entre quais grupos deve ser instituída a integração, essa afirmação por si só é capaz de abordar todos os aspectos que precisam ser ajustados e modificados a fim de se promover um fenômeno integrativo comum a todas as áreas e relações imagináveis, sem que para isso tenhamos que passar por um doloroso processo de normalização das pessoas com deficiência, esta afinal é a grande missão do processo de integração.

Dentro destas perspectivas podemos ainda buscar subterfúgios para entendermos como ou o que leva a manifestação de atitudes de segregação, entendemos que a segregação se apóia no tripé: preconceito, esteriótipo e estigma (AMARAL, 1994) e que há entre eles uma dinâmica que se exprime da seguinte forma:

Um preconceito gera um esteriótipo, que cristaliza o preconceito, que fortalece o esteriótipo, que atualiza o preconceito... círculo vicioso levando ao infinito. Paralelamente o estigma (marca, sinal) colabora com essa perpetuação (AMARAL, 1994, p.40).

Um dos grandes objetivos daqueles que se dedicam ao estudo destes fenômenos e das relações que podem ser estabelecidas entre indivíduos deficientes e não deficientes, bem como possíveis soluções para a erradicação de atitudes que separem as pessoas do grande grupo de pessoas não-deficientes é o de destituir a idéia de que a normalização seja o caminho ideal para integramos plenamente esses indivíduos à sociedade, como preconizado por Amaral (1994, p. 41) temos que lutar para “ter o direito de ser diferente e nem por isso estar à margem”, e ter o direito a um grande número de experiências dentro do universo ao qual se pertence, a diversidade é inata (CERTEZA, 2003) e não deveriam causar tanta estranheza assim à sociedade. Amaral (1994) preconiza que existem algumas posturas adotadas pela sociedade frente a questões como a deficiência, e quais as relações estabelecidas entre a sociedade e as pessoas com deficiência, em seu estudo ela denominou essas posturas de “A política do avis-struthio” e o “Leito de Procusto”. Ao descrever a “A política do *avis-struthio*” a autora inicia com uma análise da etimologia da palavra *avis-struthio*, que nada mais é do que o nome científico dado à avestruz, ela escolheu especificamente a avestruz para nomear a sua tese por conta dos hábitos desta ave, quando se sente ameaçado, ou até mesmo quando quer se esconder, a avestruz enterra a cabeça na areia, essa postura se manifesta na sociedade da seguinte maneira: “eu não vejo, logo isso não me atinge”, essa é a idéia contida nesta política e que acompanhou durante séculos a questão da deficiência, e não é só essa a ligação desde animal especificamente com questão da deficiência, a avestruz é uma ave de pernas atrofiadas e tem apenas dois dedos, ou seja, ela é um deficiente, há algo de diferente entre ela e as outras aves, além do mais é uma ave onívora que come tudo o que vê pela frente sem nenhuma distinção, imediatamente pode-se associar essa imagem à de uma pessoa com deficiência ‘engolindo’ todas as normatizações impostas pela sociedade sem nenhuma distinção, exatamente como faz a avestruz. O “Leito de Procusto” baseia-

se na história de um homem rico que gostava muito de hospedar as pessoas em sua casa e era conhecido por sua exímia cordialidade. Ao receber os convidados em sua casa o anfitrião preparava-lhes em farto banquete, com muita música e diversão, ao final do banquete o convidado era apresentado a um suntuoso leito no qual deveria caber perfeitamente, mesmo que para isso fosse necessário fazer ‘pequenos ajustes’ como esticar ou até mesmo mutilar o convidado, a morte era quase certa, apenas alguns poucos convidados conseguiam sair vivos da tal expedição à casa de Procusto. Sem dúvida essa estória nos remete a pensar não somente nas condições as quais as pessoas com deficiência estão expostas, mas sim na maneira como toda a sociedade tem lidado com a questão da ditadura da beleza, sendo esta uma imposição que se tornou cotidiana, hoje vale tudo pra se encaixar perfeitamente nos padrões estéticos impostos pela poderosa minoria, ou lendo-se de outra forma vale tudo para adequar-se ao ‘Leito de Procusto’ quanto menos deficiente o indivíduo parecer melhor, ou seja, as suas diferenças devem ser neutralizadas, bem como a sua aparência, desempenho entre outros tudo isso deve estar o mais próximo possível daquilo que consideramos ser normal, entretanto deve-se:

Ter coragem de olhar para frente, para a diferença, a deficiência; a possibilidade de conviver com a dessemelhança; a não cobrança de adequação a moldes pré-estabelecidos, seja de normalização, heroicidade ou vitimização; a existência da alternativa do deficiente ser uma pessoa comum, malgrado a especificidade das limitações impostas pela deficiência; o resgate da potência, sem que seja super ou infra equacionada, como na onipotência ou impotência; o oferecimento de oportunidades (e de sua fruição) de ter aparência, aprendizagem e desempenho compatíveis com as possibilidades reais; o favorecimento de acesso a múltiplas experiências (AMARAL, 1994, p.44).

Dentro do ambiente social no qual todos nós estamos indistintamente inseridos existem fenômenos culturais que influem diretamente no nosso modo de vida e que muitas vezes é capaz se refletir em nossas posições e posturas sociais como é o caso da mídia, por exemplo. É bastante importante fazermos um adendo à mídia devido a sua grande importância em registrar e transmitir os conhecimentos registrados pela humanidade. A mídia em geral dedica pouco ou nenhum espaço para tratar de temas relacionados à deficiência, e quando o fazem muitas vezes reforçam a visão estigmatizada e preconceituosa relacionada a essa questão utilizando-se de expressões como “deficientes mentais são um exemplo e vida”;



“mesmo sem uma perna ele trabalha”, “é capaz de ultrapassar limites mesmo sendo cego”, essas expressões proporcionam um distanciamento da condição humana, devemos estar dispostos a assumir a nossa diversidade e humanidade, e não a construirmos esteriótipos ou reforçarmos tabus já ultrapassados (CERTEZA, 2003).

Não raramente nos deparamos com exposições que enfocam incansavelmente a questão da cura como se essa fosse a única alternativa para que o indivíduo seja plenamente feliz, ou seja, somente depois de passar pelo processo de normalização é que o indivíduo será pleno. Essa realidade está lentamente se modificando, hoje percebemos um esforço maior das redes de televisão em trazer á tona questões polêmicas como a deficiência, o homossexualismo, entre outros, esta é uma prática bastante importante para aproximar as pessoas de uma maneira geral a realidade das pessoas com deficiência, bem como elucidar as dúvidas e curiosidades daqueles que não convivem com pessoas com deficiência, isso é um fator bastante positivo, pois assim é possível amenizar o desconforto daqueles que ficam sendo observados como anormais, hoje não temos mais que conviver com propagandas que mostram imagens de pessoas com expressões de desalento em cima de uma cadeira de rodas que tentam sensibilizar os expectadores a fazerem doações, ou até mesmo alertando para evitar acidentes, hoje esses temas são abordados de outra forma, afinal ser acometido por um acidente ou uma doença e como consequência ficar deficiente não é o fim do mundo (MERKX, 2000).

Ao estabelecer uma comparação entre dois filmes infantis constatamos a evolução destes conceitos desde a década de 80 até hoje, o filme ‘Dumbo’ ilustra a estória de um elefante que era muito querido e amado por todos, até que certo dia, quando ele espirrou as suas orelhas que eram enormes se despregaram de suas costas e ficaram a mostra, o nome com que fora batizado era Jumbo, e depois deste episódio as pessoas passaram a rir dele e o apelidaram de Dumbo em alusão a palavra *dumb*<sup>3</sup>, só então quando Dumbo faz uma apresentação no circo em que morava em que ele voa sobre o picadeiro é que as pessoas passam a admirá-lo, a imagem dele foi associada a de uma herói que capaz de transpor as barreiras, assim o filme tem um desfecho feliz, um filme de animação ‘Procurando Nemo’ de 2003 mostra a estória de um peixinho que é super-protegido pelo pai, e que para provar que era capaz de fazer o que seu pai disse que ele não conseguiria acaba sendo

---

<sup>3</sup> Nota do autor: *Dumb* - palavra de origem americana que significa idiota em português.

capturado por um pescador que o leva para morar dentro de um aquário com outros peixes vindo de diferentes lugares. Nemo tem uma nadadeira maior do que a outra e em sua saga para tentar fugir do aquário para encontrar o seu pai ele descobre as suas potencialidades apesar da sua dificuldade. Ele é ajudado entre outros peixes por um peixe chamado Gil que também tem uma de suas nadadeiras defeituosa e que o ajuda a compreender que ele é muito mais capaz do que imagina, a principal diferença entre estes dois filmes que abordam o mesmo tema é que no filme 'Procurando Nemo' a deficiência é apresentada, mas ela não é o foco principal do filme e tão pouco o fato do peixinho nemo ter reencontrado o seu pai se dá após a descoberta para a cura do seu problema, o filme exalta as possibilidades e potencialidades que podem ser desenvolvidas por uma pessoa que apresenta diferença em relação às outras, e ele não precisou como o Dumbo, realizar qualquer ato heróico para que pudesse afinal encontrar um final feliz (MERKX, 2000).

A importância no fato de abordar um tema como este está justamente em correlacionar a abordagem que a mídia dá a esportistas que possuem alguma deficiência, de uma maneira geral atletas já possuem por si só uma áurea sobrenatural sobre si, seres capazes de realizar o impossível, quando possuem alguma deficiência parecem ser ainda mais endeusados, na maioria das vezes estão associados à imagem de pessoas que superaram todas as barreiras para alcançarem os seus objetivos, essa é uma questão bastante importante, mas não precisa do sensacionalismo da mídia para que sejam valorizados pelos seus feitos, como dito anteriormente as pessoas com deficiência estão plenamente aptas para que dentro de suas limitações realizem qualquer tipo de atividade a que se dispuserem dentro de suas necessidades e limitações, cabe aqui um comentário bastante pertinente, é importante ter em mente que as limitações não existem apenas para as pessoas com deficiência, mas sim para todas as pessoas sem exceção. A importância da prática de esportes dentro de uma perspectiva social é que ela permite uma maior facilitação no processo de integração dos indivíduos, é capaz educar o indivíduo para a vida em sociedade e para o tempo livre, proporciona vivência de sucesso, elevar a tolerância à frustração, viabilizar a liberação ou canalização de tensões e da agressividade, tornar os indivíduos mais independentes (SOUZA, 1994; GORGATTI *et alli*, 2005), nesse sentido pode-se afirmar que a prática de uma atividade esportiva pode ser decorrente de uma maior

flexibilidade quanto ao processo de reintegração social minimizando os problemas decorrentes do isolamento social enfrentado por esta parcela da população (MELLO, 1996).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

O presente trabalho abordou através de uma revisão bibliográfica, os aspectos biopsicosociais com relação à prática regular de atividades físicas adaptadas. Segundo Lakatos e Marconi (2001), a revisão bibliográfica consiste no levantamento de toda a bibliografia já publicada sobre determinado assunto. O trabalho também contou apuração de relatos dos atletas participantes do Projeto de Extensão Universitária.

#### **3.2 POPULAÇÃO**

A população que participou da pesquisa foi constituída por atletas participantes do Projeto de Extensão Universitária “Atividade Motora Adaptada para Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais”, que recebe o apoio do Departamento de Educação Física e do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Paraná, o projeto possui parcerias com a Associação de Deficientes Físicos do Paraná – ADFP e com a Escola de Ensino Especial Menino Jesus.

O Projeto de Extensão Universitária funciona desde 1994 e através de um programa de atividades busca desenvolver o aprendizado motor, a auto-estima e a confiança, considerados como alguns dos fatores que auxiliam no processo de inclusão social dos mesmos, no projeto se busca elucidar questionamentos referentes ao preconceito, bem como propiciar o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos para se engajarem no mercado de trabalho.

Os deficientes físicos provenientes do convênio com a Associação de Deficientes Físicos do Paraná participam às 2ª, 4ª e 6ª das 09:00h às 11:00h de atividades realizadas no Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Paraná – CED, nestes dias são ministradas aulas de natação e duas vezes por semana, às 3ª e 5ª das 13:00h às 15:30h e participam da atividade de boccia, aos sábados há atividades das 09:00h ao 12:00h com basquete em cadeira

de rodas, e nas dependências da ADFP são realizadas atividades como esgrima e atletismo para os interessados nas referidas modalidades.

Durante a realização do projeto busca-se iniciar e aperfeiçoar os atletas participantes das atividades supracitadas culminando na participação dos mesmos em Jogos oficiais regionais, nacionais e internacionais.

### 3.3 PROCEDIMENTOS

Ao final do treino de natação, boccia e basquete os participantes eram convidados a responder a um questionário composto de 6 (seis) questões, a participação deu-se de forma voluntária e as respostas eram gravadas em um gravador portátil, para permitir uma transcrição fidedigna dos relatos prestados pelos mesmos. A coleta de dados deu-se entre os meses de Setembro à Novembro de 2006.

Para a construção da revisão bibliográfica foram consultadas diversas fontes como: livros, revistas, artigos e sites específicos durante o período compreendido entre Agosto e Novembro de 2006, as fontes pesquisadas foram selecionadas pela grande abrangência com a qual abordaram o tema especificado.

## 4 CONCLUSÃO

Possuir uma deficiência física não impede a prática de atividades esportivas, entretanto, a exclusão dessas atividades da vida de uma pessoa com deficiência física pode resultar em uma diminuição da aptidão física, da eficiência dos movimentos ou mesmo do desenvolvimento das habilidades motoras (GUTTMANN *apud* GORAGATTI *et alli*, 2005).

Segundo Winnick *apud* Costa (1988), o esporte adaptado permite experiências esportivas modificadas ou especialmente designadas para suprir as necessidades especiais dos indivíduos, possui valor terapêutico colaborando no processo de reabilitação (ADAMNS *et alli*, 1985) e evidencia ganhos tanto de cunho físico, psicológico como social. Quanto aos aspectos físicos podemos ressaltar ganhos de agilidade no manejo da cadeira de rodas, de equilíbrio dinâmico ou estático, de força muscular, de coordenação motora, resistência física, entre outros (ROSADAS, 1989; SOUZA, 1994; FRONTERA *et alli*, 2001) e no tocante à esfera psíquica podemos apontar uma melhoria da auto-estima, na redução da agressividade, na diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, uma maior facilitação no processo de inserção social, bem como uma melhor concepção do auto-conceito muitas vezes distorcidos frente a posturas discriminatórias da sociedade em geral (ADAMS *et alli*, 1985; SHERRIL, 1993, GORGATTI *et alli*, 2005; ASSUMPÇÃO, 2006).

Para que se possa usufruir e conhecer os benefícios advindos da prática regular de esportes adaptados é muito importante que se propicie um ambiente social que permita a inserção dessas pessoas, evitando-se manifestações preconceituosas e estigmatizadas, sendo este um grande problema presente em nossa sociedade, pois, não muito raramente o que é comum é relacionado ao que é normal (CARMO, 1991) dando margem a julgamentos equivocados criando assim uma barreira invisível entre deficientes e não-deficientes, além essa barreira invisível as pessoas com deficiência física ainda devem transpor as barreiras arquitetônicas construídas pelo homem que inviabiliza os acessos aos locais públicos como parques, quadras, praças, entre outros. Para a Organização Mundial de Saúde a deficiência é a experiência da exclusão sofrida por aqueles que apresentam capacidades desvantajosas para uma determinada sociedade, ou seja, um surdo,

filhos de pais surdos, freqüentador de uma escola voltada para pessoas com deficiência auditiva, não se considera uma pessoa deficiente (DINIZ, 2004), é desta forma que constitui um ambiente ideal, organizado de uma maneira tal onde ninguém é apontado ou discriminado por conta de suas diversidades.

Na apuração dos relatos apresentados pelos praticantes de atividade física que participaram deste estudo as maiores dificuldades apontadas são: a falta de apoio financeiro e acessibilidade dificultada pois de segundo S. D. 22anos “hoje a minha maior dificuldade está realmente em me locomover”, muitos necessitam de transporte público que ora não são equipados com adaptações para cadeiras de rodas ou rampas, ora os pontos de parada dos ônibus não possuem calçadas rebaixadas e pisos uniforme o que dificulta a locomoção para as pessoas com cadeiras de rodas, muletas, bengalas, entre outros. No entanto, mesmo enfrentando algumas dificuldades todos confirmam o que é preconizado pela literatura relatando uma sensação de bem-estar, melhoria na qualidade de vida, no estado emocional e na relação estabelecida com a sociedade após iniciarem a prática de atividades esportivas, sendo esta premissa confirmada por A. B. 32 anos “minha vida melhorou muito depois que comecei a praticar esportes, foi uma recomendação médica porque tinha problemas de hipertensão, mas que acabou me ajudando a melhorar outros aspectos da minha vida”.

Muito ainda se pode fazer pelo esporte adaptado e por seus praticantes, e não se trata de atitudes assistencialistas ou impregnadas de piedade, trata-se de respeito, simplesmente porque ter acesso às oportunidades de lazer e trabalho é um direito de todos garantido pela constituição, por isso a necessidade de maiores investimentos para desporto adaptado em Curitiba para ampliação dos espaços para a prática de atividades esportivas, para que mais pessoas possam aderir à atividade e para que haja um maior número de profissionais de Educação Física envolvidos com o esporte adaptado colaborando no processo de treinamento dos atletas.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, R. C. *et alli*. **Jogos, esportes e exercícios para o deficiente físico**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1985.
- AMARAL, L. A. **Pensar a diferença/deficiência**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.
- ARAÚJO, P. F. **Desporto adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidades**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto/INDESP, 1998.
- ASSUMPÇÃO, E. **Psicologia do esporte adaptado: um novo desafio da psicologia**. Disponível em: [www.entreamigos.com.br](http://www.entreamigos.com.br). Acesso em agosto de 2006.
- AXELSON, P. **Benefits of physical activity for people with spinal cord injuries**. In: Journal of Rehabilitation Research and Development: Washington, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Caderno texto do curso de capacitação de professores multiplicadores em educação física adaptada**. Brasília: MEC; SEESP, 2002.
- BRASIL. Ministério do Esporte e Turismo. **Lazer, atividades física e esportiva para portadores de deficiência**. Brasília: SESI-DN:, 2001.
- CARMO, A. A. **Deficiência física: a sociedade cria, “recupera” e discrimina**. 2. ed. Brasília: Secretaria dos Desportos/PR, 1991.
- CASTRO, S. V. Anatomia fundamental. 2ed. São Paulo: Makron Books, 1985.
- CERTEZA, L. M. **Heróis ou coitadinhos?** Cidadãos não são nem heróis ou coitadinhos. Disponível em [www.carpediem.com.br](http://www.carpediem.com.br). Acesso em setembro de 2006.
- CIDADE, R. E. A. *et alli*. **Introdução à educação física e ao desporto para pessoas portadoras de deficiência**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.
- COSTA, A. M. **Educação Física e esportes adaptados**, Uberlândia: mimeo. 1988.
- CRESPO, A. M. M. **Inclusão Social: pessoas com deficiência e a construção da cidadania**. Disponível em: [www.artsbrasil.org.br](http://www.artsbrasil.org.br). Acesso em junho de 2006.
- DINIZ, D. **Quem é deficiente no Brasil?** Disponível em [www.carpediem.org.br](http://www.carpediem.org.br). Acesso em Setembro de 2006.
- FRONTERA, W. R. *et alli*. **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2001.



- GORGATTI, M. G. *et alli*. **Atividade física adaptada**. São Paulo: Manole, 2005.
- LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2001.
- Lazer, atividades físicas e esportivas para portadores de deficiência**. Brasília: SESI-DN: Ministério do Esporte e Turismo, 2001.
- MELLO, M. T. **Paraolimpíadas – Sidney 2000**. São Paulo, Atheneu, 2002.
- MELLO, M. T. **Grau de depressão e ansiedade em adultos paraplégicos desportistas e sedentários**. *In*: Sobama – Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada, v. 1, n.1, dez. 1996.
- MERKX, A. L. **Mídia e deficiência**. Disponível em [www.rbc.org.br](http://www.rbc.org.br). Acesso em Maio de 2000.
- MÜLLER, A. **Espaços e Equipamentos de Lazer e Recreação e as Políticas Públicas**. *In*: MÜLLER, Ademir, BURGOS, Miria Suzana. (Org.). Coletânea de Textos do Encontro Nacional de Recreação e Lazer - 14 ENAREL. 01 ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.
- PESQUISAS DO ACSM PARA A FISILOGIA DO EXERCÍCIO CLÍNICO**: afecções neuromusculares, neoplásicas, imunológicas e hematológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- ROSADAS, S. C. **Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente**. Eu posso. Vocês duvidam? São Paulo: Atheneu, 1989.
- SASSAKI, R. K. **Como chamar as pessoas que têm deficiência?**. *In*: Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003.
- SHERRIL, C. **Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan**. 4. ed. Dubuque, IA: Brown & Benchmark, 1993.
- SOUZA, P. A. **O esporte na paraplegia e tetraplegia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

### Questões para orientar os relatos dos atletas

- Idade
- Sexo
- Qual modalidade esportiva que pratica
- Tipo de deficiência apresentado
- Histórico de competições
- Tempo que está praticando a modalidade
- Quais os principais benefícios que aponta após ter iniciado a praticar esportes
- Quais tarefas conseguiram realizar após a prática da atividade esportiva e que antes não conseguia
- Recebe algum tipo de apoio financeiro ou familiar
- Quais as maiores dificuldades para manter a assiduidade da prática de esportes